

# **PSYKISKE PLAGER BLANT UNGDOM MED MINORITETS BAKGRUNN.**



**Prosjekt oppgave, August 2006.**

**Mobashar Banaras H-01**

**Atif Ikram Chaudhry H-01**

Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, Høst 2006

## **INNHold:**

• Abstract	s. 3
• Forord	s .4
• Innledning/ bakgrunn	s.5
• Metode & materiale.	s. 6
• Resultat.	s.7
• Diskusjon.	s.8
• Konklusjon	s 19
• Kilder	s.20

## **ABSTRACT**

### **Introduction:**

As we have seen that the number of psychological disorders are increasing day by day, we decided to find out how the psychological situation is for the young minority generation, especially South-Asian teenagers in Norway, Oslo. SSB and HUBRO (2 and 3) give us the result, that every 4<sup>th</sup> youngster and teen-ager in Oslo, have a minority background.

### **Method:**

The method we used was to search on Pubmed, Cochrane library, PsychInfo, couple of Phd degrees and the National bureau of statistics. We found some articles, which were of interest. Beside the internet we used our own experience, since we both are belonging to Pakistan by origin.

We also used HUBRO, which is a survey about physical and psychological health among the teenagers in Oslo. The HUBRO survey was published in year 2000. A part of HUBRO was to find out about differences in the minority groups and ethnics Norweagian children.

We used a meta-analysis on these studies, and compared each of them together.

### **Conclusion:**

We found that there are few studies done on minority children/teen-agers in Norway. But, we have a similar community in England, USA, Canada. And in these studies, the results are higher prevelance of depression among minority teenagers. We found out that it is more depression among minority girls living in Oslo ( 3 ) , and also other problems like anxiety and OCD. Among the boys it was higher prevelance for depression compared with the Norweagian boys. It is the same conclusion in Brit Oppedals Phd degree.

The last word in this discussion is still open, and we hope that it will be more focus on these problems in the future and that the health and school system in Norway, take care of those who really need a holding hand.

## **FORORD**

Psykiske plager blant befolkningen er et økende fenomen i dagens samfunn. Det står stadig vekk nye tall om forekomst av depresjon, selvmordsforsøk, rusproblemer, angst og atferdsforstyrrelser. I media er dette et svært populært tema å skrive om; og vi for stadige nye diskusjoner rundt dette, med tanke på økonomiske bevilgninger, sykehusinnleggelser, for tidlig utskrivning, og for lite tid til den psykiatriske pasientgruppen.

Vi valgte denne oppgaven, da vi begge har en tilknytning til den pakistanske kulturen og den norske samtidig. Vi ville sette et fokus på minoritetsbarn/ungdom som bor i Norge, og hvordan de oppfatter og opplever forekomst av psykiske plager/lidelser. En diskusjon rundt årsaker og forekomst, forskjellige måter å oppfatte sykdom på, og ikke minst den sosio-økonomiske betydningen for oppsøking av helsehjelp.

Vi har brukt tall fra HUBRO undersøkelsen, som ble utført i 2000, og sammenlignet med studier som er publisert på Pubmed.

Vi vil samtidig takke Bennedicte Ingstad og Nora Ahlberg ved NAKMI for god veiledning med oppgaven vår.

## **INNLEDNING/ BAKGRUNN:**

Formålet med denne prosjekt oppgaven er å kartlegge forekomst av psykiske plager/ lidelser blant barn av ikke-vestlige foreldre. Vi tar utgangspunkt i den norske HUBRO undersøkelsen, som er en stor helseundersøkelse blant ungdommer i Oslo. Vi sammenligner tall fra HUBRO med internasjonale studier gjort på barn og ungdom med minoritetsbakgrunn.

Vi ønsker å sette fokus på hva slags problemer, disse ungdommene møter i sin hverdag. Og en diskusjon rundt årsaker til disse plagene.

Det er som kjent økende tall for psykisk sykdom som rammer barn og ungdom i dagens samfunn. Og artikler vi har lest og studert fra utlandet, tyder på økende psykiatriske diagnoser blant gruppen av barn med ikke-vestlige foreldre.

I og med at vi begge har tilknytning til den pakistanske kulturen, har vi sett nærmere på barn/ungdom av pakistansk opprinnelse. Dette fordi vi begge har god kjennskap til norske og pakistanske kulturen og samfunnet.

Hensikten vår er å påpeke at det kan finnes forskjellige mulige grunner til psykiske plager blant pakistansk ungdom i forhold til etniske norsk ungdom. Aldersgruppen vi har tenkt å finne mer ut om er mellom 16-19 år. Grunnen til at vi velger denne gruppen, er at det er en overgangsalder fra å være ungdom til å bli en fullverdig voksen individ. Samtidig er denne aldersgruppen som kommer inn under betegnelse andre generasjons innvandrere.

Tilslutt har vi en diskusjon rundt et veldig viktig samfunnsmedisinsk tema, som er høy aktuelt i dagens debatt, nemlig spørsmålet om identitet og livs kriser for ungdom av pakistansk opprinnelse.

## **MATERIALE OG METODE**

Bakgrunnsstoffet for oppgaven har vært søk på Pubmed , Cochrane Library, Medline, PsycINFO og andre kilder på internett. I tillegg til det har vi lest fagbøker i samfunnsmedisin, og psykiatri. Kjennskap til pakistansk og norsk kultur og samfunn, har vært en nyttig erfaring for oppgaven vår.

Vi har sammenlignet resultater fra de ulike artiklene med hverandre, og sett på den norske HUBRO undersøkelsen som er publisert i 2002, i regi av Nasjonalt folkehelseinstitutt, Oslo kommune og program for storbyrettet forskning. Dette er hovedkilden for oppgaven vår. I tillegg har vi også fokusert på Brit Oppedals doktorgrads avhandling på dette emnet.

Formålet med HUBRO er å forbedre datagrunnlaget for planlegging, belyse årsaksforholdene til geografiske og sosiale helseforskjeller i byen, utvikle et system for befolkningsundersøkelser i storbyen, utvikle former for formidling av relevante data til beslutningstakere og publikum og gi tilbud om helseundersøkelse til de deltagende personer. I HUBRO undersøkelsen er det mange ulike variabler, der i blant psykisk helse blant ungdom i Oslo, og barn med minoritetsbakgrunn. Vi tok utgangspunkt i disse to variabelene.

Det ble utført spørreundersøkelser som ble utdelt til alle 10-klassinger, med full anonymitet. Symptomene på psykiske plager ble kartlagt med et sett bestående av 10 spørsmål. Dette ble gjort på en SCL-25 metode, Hopkin Symptom Check List, som måler angst og depresjon forholdsvis godt. Det skulle settes ett kryss for hvert delspørsmål, og svaralternativene var ”ikke plaget”, ”litt plaget”, ”ganske mye plaget” eller ”veldig mye plaget”. Svarsprosenten var på 88 % deltakelse. Denne høye prosent andelen gir et godt representativt materiale, men ulempen kan være at de med overhyppighet av psykiske tilstander ikke deltok. Til tross for dette, så anser man at HUBRO undersøkelsen har vært vellykket.

## **RESULTATET:**

HUBRO-undersøkelsen viser følgende resultat (3): Det er fortsatt store helseforskjeller mellom øst og vest delen av Oslo. Helseforskjellene mellom bydelene i Oslo er større enn mellom kommunene i Norge. Tall fra HUBRO (3) viser at 25 % av Oslos ungdommer har minoritetsbakgrunn, og som i stor grad er bosatt i Oslo øst.

Ungdommer i vestlige regioner rapporterte om bedre familie økonomi enn ungdommer i østlige regioner.

Det var vanligere for ungdom med ikke-vestlig bakgrunn å ha gifte foreldre, 80 %, enn for ungdom med norsk bakgrunn, 64 %. I indre øst spesielt, hadde 74 % av ungdom med ikke-vestlig bakgrunn gifte foreldre, og 39 % av dem med norsk bakgrunn. ( 3 )

HUBRO viser økt forekomst eller tegn til flere symptomer som peker i retning av psykiske plager blant jenter i alderstrinn 15-16 år. 10 % av guttene og 26 % av jentene har en eller flere psykiske symptomer. Blant gutter er det høyere forekomst av psykiske plager i Oslo øst i forhold til vest. Langt færre gutter oppga færre symptomer i forhold til jevnalderende jenter.

Av vår interesse har vi hentet tall fra HUBRO ( 3 ) som gir oss at følgende tall: 39 % av ungdom i indre øst hadde symptomer på psykiske plager, hvorav 9 % var gutter og 30 % jenter. Mens i ytre øst var det 37 % med de samme plagene, hvorav 11 % gutter og 26 % jenter.

I HUBRO undersøkelse er det blitt brukt ulike variabler. Mange av disse er indikasjon til en depressiv tilstand. Variabelene viser generelt høy forekomst blant jenter på øst og vest, men for gutter er det 2-3 % høyere forekomst enn for Oslo vest gutter. Om vi sammenligner jenter fra Oslo vest med jenter fra Oslo øst, finner vi 4 % høyere forekomst av depresjon blant denne gruppen. Vi ser samtidig tall fra statistisk sentral byrå ( 5 ), at det bor flere med minoritetsbakgrunn i indre og ytre Oslo øst enn på vest siden.

## **DISKUSJON**

I denne delen tenkte vi først å gi noen definisjoner på de vanligste psykiske lidelsene som ungdommene i HUBRO svarte på. ( 3 ). Og gi mer generelle definisjoner på viktige begreper, og samtidig diskutere de relevante studiene vi har lest igjennom.

### **VANLIGSTE PSYKISKE LIDELSER:**

- Angst.
- Depresjon.
- Spiseforstyrrelser.
- Selvmord
- Fobier og tvangstanker.

#### **Angst og rasisme**

Begrepet angst har vært tilknyttet en tilstand til en personlighetstrekk og årsaksforklaring. Det kan også ses på som et atferdsfenomen, eller som en psykologisk ledsagende fenomen til nevro-fysiologiske prosesser. I hvert av disse perspektivene kan angstens følelsesmessige, kognitive, interpersonelle og/eller fysiologiske forhold betones både subjektivt og objektivt. Ut i fra dette begrepmessige mangfold er det ikke rart at pasienter mener mye forskjellige med betegnelsen angst. Derfor er det ofte nødvendig å få nærmere klarhet i hva de mener når de klager over angst.

Ut fra fenomenologisk og klinisk synspunkt kan man skille i alle fall seks typer av angst. (2).

1. Panikkangst.
2. Skandaliseringsangst.



3. Generalisert angst.
4. Fragmenteringsangst.
5. Seprasjonsangst.
6. Eksistensiell angst.

Som vi ser er det uspesifikke definisjoner på angst, og det finnes i mange forskjellige former. Det er en selvopplevd indre følelse som en pasient opplever, over lengre eller kortere tid.

Hva slags sammenheng har psykose og psykiske lidelser med opplevd rasisme. En undersøkelse som er gjort i England på minoritetsgrupper ( 6 ). I denne artikkelen er det ikke bare pakistanere som er med, men flere andre grupper også.

Bakgrunnen for denne artikkelen var å se om opplevd rasisme medfører høyere risiko for psykose og andre psykiske lidelser hos minoritetsgrupper.

Metoden forfatterene har brukt, har vært en kvantitativ undersøkelse.

Resultatet de har kommet frem til er at det finnes ulike måter å oppleve rasisme på, og har en sammenheng med alder, kjønn og sosio-økonomiske status. Vi ser at de med lavere sosio-økonomisk tilhørighet har høyere forekomst av opplevd rasisme enn de med høyere utdanning og større respekt i samfunnet.

Så vår konklusjon er at den sosio-økonomiske delen har en del å si. I denne artikkelen så er det ikke bare fokus på pakistanere, men en mer generell undersøkelse utført på de fleste med minoritetsbakgrunn. Ved sammenligning mot HUBRO (3), ser vi at det er økt forekomst av psykiske plager på Oslo øst enn på vestkanten. Vår vurdering av dette er at sosio-økonomisk tilhørighet har en viss sammenheng med opplevelse av rasisme, som igjen kan gi depresjon og nedsatt selvtillit hos individet.

## **Depresjon**

Ved depresjoner er ofte tristhet og nedtrykkethet et typisk symptom. Nedstemtheten går utover det som er vanlig forbigående dårlig humør. Tristhet dominerer dagen. Ved lette depresjoner kan det forekomme lysere øyeblikk, men ved mer uttalte depresjoner, er personen nedtrykt hele dagen. Følgende symptomer og tegn kan tyde på depresjon: ( 2 )

- Synlig tristhet
- Indre spenning.
- Redusert nattesøvn.
- Svekket appetitt.
- Konsentrasjonsvansker
- Initiativløshet.
- Svekkede følelsesmessige reaksjoner.
- Depressivt tankeinnhold.
- Sucidale tanker.

I en artikkel av Husain N, Creed F m.fl ( 7 ), undersøker de prevalensen av depresjon blant den pakistanske befolkningen i Pakistan.

Metoden som forfatterene har brukt for å gjennomføre undersøkelsen har vært en generell spørreundersøkelse i pakistanske landsbyer, en såkalt screeningundersøkelse. Den første delen av spørreundersøkelsen var rettet mot generell helse og helseplager, mens den andre delen var en selvrapporing om psykiske plager og symptomer.

Resultatet: Det var 259 som svarte på denne spørreundersøkelsen. Prevalensen for depresjon var 25,5 % blant menn og 57,5 % hos kvinner. Alle som viste tegn til depresjon, hadde hatt symptomer som hadde vart i et år.

Det var økende forekomst blant gruppen med lavere utdanning, kvinner som hadde flere barn, og blant de som opplevde økonomiske og sosiale problemer.

Vi ser de samme tendensene ut i fra HUBRO ( 3 ), altså flere kvinner opplever depresjon i voksen alder. Det samme som vi ser i HUBRO ( 3 ), nemlig at flere unge jenter opplever depresjon i ungdomsårene, og vi lurer på om det forsetter videre i livet.

Her er det to viktige problemstillinger som vi ikke fikk svaret på. For det første om det er økt forekomst av depresjon blant jenter i Pakistan også, og for det andre behandlingsmulighetene. En langvarig depresjon kan gå over til å bli en kronisk tilstand hvis pasienten ikke får den riktige behandlingen, som f.eks med antidepressiva og samtalebehandling. For det tredje er denne gruppen kanskje ikke klar over sine behandlingsmuligheter, da de ikke kjenner til depresjon som en tilstand. Vi mener det er tilfelle i Pakistan, for her hjemme i Norge søker jo mange hjelp for sin tilstand.

En annen interessant artikkel ( 8 ) går ut på om det finnes spesifikke sosiale årsaker til depresjon i den pakistanske befolkningen. Metoden forfatterene brukte, var en spørreundersøkelse med godkjenning fra psykiatrisk institusjon og helse departement. Spørreundersøkelsen var både på engelsk og urdu. Formålet var en screening og forekomst av depresjon.

Årsaker/resultat : De som har depresjon har dårlig språk ( engelsk ), flere familieproblemer, generelle helseproblemer, og lite sosialt nettverk. Rasisme og diskriminering var lite sannsynlig årsak i denne undersøkelsen.

Konklusjon: 42 % av de som deltok, hadde alvorlig behandlingstrengende depresjon, og et lite sosialt nettverk og dårlige språkkunnskaper var en felles faktor for denne gruppen.

Dårlig kunnskap til det norske språket og kulturen kan tenkes å være en faktor til økt depresjon også blant barn og ungdom med minoritetsbakgrunn.

Vi kan diskutere det videre i forhold til kontakten med det norske samfunn, og om hvor integrert et barn er, f.eks hvis det har gått i barnehage, har norske venner, kjenner den norske kulturen og væremåten; samtidig tenker vi at foreldrenes tilknytning til det norske samfunn har en del å si. Jo mer foreldrene kjenner til den norske kultur og væremåte, jo bedre blir det for barna og ungdom å tilpasse seg. Selv om ikke det foreligger konkrete studier akkurat på dette området, så sier vi dette ut i fra vår egen vurdering og oppfatning.

En annen interessant artikkel fra Weich S, Nazroo J m.fl ( 9 ), viser økt forekomst av depresjon blant pakistanske kvinner mellom 55-74 års alderen og samtidig pakistanske men i alderen 35-54 år.

Noen spesifikke årsaker til dette diskuteres ikke i denne artikkelen, men det er nødvendig å ta tak i disse problemstillingene og eventuelt gjøre flere undersøkelser som tar sikte på årsakssammenhengen. Dette faller egentlig ut av problemstillingen vår, men vi syntes det var en spennende artikkel å lese og studere.

Oppedals forskning ( 25 ) tyder på at god psykisk helse henger sammen med deltakelse og forståelse av både familiens kultur bakgrunn og den norske samfunn. Gjennom å ferdes i ulike miljøer, opparbeider barna seg kultur kompetanse som etter hvert gjør den mer fleksible, og bedre i stand til å tilpasse seg i ulike situasjoner. Når ungdommene opplever at de kan delta ubesværet innenfor flere kulturelle sfærer og snakke to språk flytende, gir dem en følelse av mestring, og selvtilliten styrkes. En lignende studie utført av professor David Lackland Sam ved Universitetet i Bergen, tyder derimot på at ungdom i et miljø som i dag preges av både andre og tredje generasjon, av pakistanske opprinnelse, stortrives i Norge. ( 26 )

Mange barn og ungdom som er vokst opp med to kulturer opplever ofte krysspress fra begge sider. De opplever flere forventninger tilknyttet til f.eks skole prestasjoner og krav til sosial integrering. Dette kan på lang sikt føre til nedsatt mestringsstrategi ved å møte store krav fra omgivelsene som ikke oppnås. Det kan tenkes at dette vil gi utslag i form av angst, prestasjonsangst og enda dårligere resultater i frykt for å gjøre det dårligere på skolen enn forventet.

### **Opplevelser av motgang**

Norsk-pakistansk ungdom kan oppleve press fra begge kulturer som for eksempel valg av ektefelle, videreutdannelse, kjærlighetsforhold, levemåte og skolepress. Ut ifra de studiene vi har lest, viser det seg at jo mer motgang man opplever som barn/ungdom, gir utslag i en senere form av depressiv lidelse. Disse studiene som er publisert på Pubmed, og gjort på britisk-asiatisk ungdom, viser at jo mer rasisme og diskriminering et barn opplever jo høyere risiko for en psykisk reaksjon i ettertid, som f.eks depresjon og tvangstanker.

I en studie gjennomført i 1979 ( 10 ), var problemstillingen psykiske og atferdsproblemer blant den pakistanske og indiske delen av befolkningen i England. Forfatterene sammenligner

både barn og voksne. Metoden de har brukt er sammenligning av sykehusinnleggelser i psykiatriske institusjoner, og i tillegg spørreskjema.

Dette viste at det er lavere forekomst av sykehusinnleggelser blant asiatiske barn og tenåringer, og for voksne er det ingen store forskjeller. Gruppen de har blitt sammenlignet med er etniske britiske barn.

Dette er en veldig interessant diskusjon, som vi ser av studie (10), som er gjennomført for en og del år siden, at det var færre barn og ungdom som ble lagt inn på sykehuset med psykiatriske diagnoser. Vi tenker oss at det har blitt endringer siden sist, for det første så er det flere barn og ungdom med minoritesbakgrunn, og for det andre, har flere bedre kunnskap om psykisk helse nå enn tidligere. Samtidig kan vi tenke oss at det var et lite andel barn av pakistansk og indisk opprinnelse i England på daværende tidspunkt.

### **Tvangstanker**

Spontane impulsive tanker som fører til handlinger, som f.eks vask av hender flere ganger daglig. Dette har man ikke kontroll over, og opplever som en hverdagsliv rituale. ( 2 )

### **Spiseforstyrrelser**

Spiseforstyrrelsene er en gruppe psykiske lidelser der det sentrale kjennetegnet er opptatthet av vekt og figur og forstyrret spiseatferd. Det leder til en vekt som er under det normale i forhold til alder og høyde. Anorexi og bulimi kalles gjerne primære spiseforstyrrelser. Spiseforstyrrelser kan også komme sekundært til andre psykiske lidelser som depresjon, stoff og alkohol misbruk og alvorlige personlighetsforstyrrelser. (2)

I en artikkel utgitt av Mujtaba T, Furnham A. m.fl (11) tar forfatterene opp spiseforstyrrelser og anorexia i andre generasjon blant britisk-asiatiske jenter. De sammenligner denne gruppen med etniske britiske jenter på samme alder. Metoden som er blitt brukt, sammenhengen mellom foreldre og jentenes konflikt og spise forstyrrelser i tre kulturer og sammenligning mellom de ulike gruppene, for å se på ulike årsaker og sammenheng. Etniske britiske jenter, 2. asiatiske-britiske jenter. 3. pakistanske jenter i

Pakistan. De har brukt spørreskjema med 22 spørsmål, og et spesifikk skjema for spiseforstyrrelser. 3. BSBS ( Body shape belief scale ).”

Konklusjonen for undersøkelsen viste at britiske-asiatiske jenter har økt forekomst av spiseforstyrrelser, og at det er mer konflikter mellom denne gruppen og foreldrene, sammenlignet med de to andre gruppene.

En konklusjonen av denne undersøkelsen kunne være at det er et økt behov for oppmerksomhet når det er konflikter mellom tenårings jenter og deres foreldre.

Barn/ungdom som får spiseforstyrrelser har økt behov for selv kontroll, og får ofte dette ved å kontrollere mat inntaket.

Spiseforstyrrelser er et kjent fenomen for å få mer oppmerksomhet fra omgivelsene sine. (12).

Dagens media påvirkning kan også være en årsak til kroppslig oppmerksomhet blant unge jenter, som ønsker å være så tynne som mulig. Asiatiske-britiske jenter har to kulturer å forholde seg til, og det kan tenkes at de pakistanske/asiatiske idealene er mer kroppsfiksert.

Nå foreligger det ingen direkte tall på spiseforstyrrelser blant unge jenter av pakistansk opprinnelse i Norge, men vi tenker oss at det er et økende problem fremover i årene. Og at det blir behov for flere studier etter hvert. Men, vi kan jo se på resultatet av studier gjennomført i England, som har større populasjon enn Norge, og har samme tendens til utvikling her hjemme også.

### **Selv mordstanker**

Disse omfatter det forhold at vedkommende selv beretter at han går med tanker om å gjøre slutt på livet. Til kategorien selvmordstanker regner man slike tanker som blir spontant meddelt til andre, eller som blir bekreftet når man spør vedkommende. Man regner med at de fleste mennesker i løpet av livet vil komme bort i slike tanker.

Kulturelle synspunkter:

Det har lenge vært kjent at både selvmordshyppighet og selvmordsformer varierer etter rase og kultur. Religiøse faktorer ser ut til å være av stor betydning til selvmordshyppigheten. ( 2, 18, 19, 20 og 21 ).

### **Selv mord i barnealderen :**

Det er sjelden barn begår selvmord men det forekommer allikevel. Det har ennå ikke vært noe klar statistikk økende i selvmordshyppighet hos barn under 15 år i Norge. En slik økning er imidlertid blitt klart registrert i USA.

Tradisjonelt har hyppigheten av selvmord vært liten i den yngste ungdoms aldersgruppen., men en svær økning er registrert i verden, og som vi har sett, aller mest i Norge blant de nordiske land. I de unge alders gruppen (15-24 år) utgjør selvmord 22% av dødsfallene blant menn og 11% blant kvinner i 1997. Selvmordsforsøk har tradisjonelt vært veldig vanlig blant denne alders gruppen, spesielt hos jenter, og har da gjerne hatt sammenheng med tap eller truende tap av faste forhold, brudd i forlovelse og ekteskap.

Selv mord er ikke akseptert verken i pakistansk religion eller kultur. Dermed antar vi at det er lavere forekomst av selvmord begått av ungdom av ikke vestlige foreldre i Norge, sammenlignet med etniske norske barn. Det er ikke utført noe studie på akkurat dette teamet, men vi bruker studier som er gjennomført i USA, og antar at det er samme faktorer i Norge også. ( 13 )

## **VANLIGSTE ÅRSAKER TIL PSYKISK LIDELSE**

- Sosialt nettverk.
- Kosthold og sosio økonomisk klasse.
- Opplevelse av motgang

### **Sosialt nettverk:**

Det er påvist at et godt sosialt nettverk har en beskyttende effekt mot psykiske lidelser ( 1). Det har samtidig en beskyttende virkning mot påkjenninger, både fysisk og psykisk. Det har også en terapeutisk virkning hos dem som allerede har utviklet psykiske lidelser. Imidlertid er det klart at sosialt nettverk inneholder flere faktorer som tilknytning, sosial integrasjon, anledning til å vise omsorg for andre, bekreftelse av personlig verdi, en følelse av pålitelige interpersonelle bånd, og mulighet for hjelp og støtte fra andre når noe er vanskelig. En annen måte å si det på, er at sosialt nettverk innebærer at noen viser omsorg og at det er støttende og bekræftende, når man har behov for hjelp, og trenger gode råd.

I den pakistanske kulturen så har barn og ungdom et godt sosialt nettverk. De har i tillegg til foreldre også kontakt med andre familiemedlemmer som onkler, tanter, fettere og kusiner. Dermed så er mulighet større for å få kontakt med en voksen, for å snakke om sine opplevelser og følelser. Samtidig kan det være enkelte ting som de ikke tørr å ta opp med voksne familiemedlemmer på grunn av kulturen, religion og tradisjoner. Det kan være alt fra kjærlighetsforhold, skoleproblemer, press fra samfunnet, mobbing på skolen, depresjon, angst og tvangstanker. På langt sikt kan det føre til ensomhet, personlighetsforandringer og til en viss dypere depresjon.

Hos barn og ungdom av minoritetsbakgrunn så er det mindre forekomst av skilte foreldre (3), i forhold til barn-ungdom med norske foreldre.

Sosial nettverk og forhold til foreldre har mye å si for et barns oppvekst og personlighets utvikling. Det er med på og forme et barns opplevelser av positive forhold tilknyttet sitt miljø. Foreldrenes sosiale tilhørighet omfatter deres sosio-økonomiske bakgrunn. Dette er igjen en



faktor av utdannelsesbakgrunn. Barn og ungdom som opplever mye rasisme og rasistiske utsagn i ung alder, for ofte en noe usikkerhet rundt seg. ( 23 )

Internasjonale studier viser at familiestrukturen har stor betydning for helse og selvtillit hos barn og ungdom. De som bor i en stor familie, har mindre forekomst av tvangstanker, depresjon enn barn som vokser i små familier, ( 24 ). Dette kan vi forklare med følgende:

Stor familie består som regel av flere voksne. Dette gir muligheten til å forholde seg til mange voksne personer, og dermed lettere å få kontakt ved problemer i hverdag, sammenlignet med små familier som ikke ser hverandre så ofte, og har mye hverdagspress på seg. Samtidig viser denne artikkelen at kontakten med besteforeldre har mye å si for barn. De som har hyppig kontakt med besteforeldre har lite forekomst av depresjon, enn barn med lite kontakt. ( 14 og 15 ).

Et godt sosialt nettverk er veldig viktig for en god psykisk helse. Både Oppedal og Sam ( 25 og 26 ), har kommet frem til at skolen kan virke som en ”buffer løsning” for barn og ungdom med minoritets bakgrunn. Derfor er det viktig at barn og ungdom med minoritets bakgrunn inkluderes i et skolemiljø. Samtidig vises det at skolen kan være en faktor for psykiske plager, om man ikke mestrer skolehverdagen.

Sohail K, m.fl ( 16 ), denne artikkelen tar opp hvilken påvirkning kultur og miljø har på vrangforestillinger og hallusinasjoner, som blant annet schizofreni symptomer.

Metoden forfatteren har brukt i artikkelen, er inndeling av grupper i tre. 1. Pakistanere som bor i England. 2. Pakistanere som bor i Pakistan. 3. Etniske briter.

Datagrunnlaget har vært medisinske journaler og aktuelle helsepersonell ved All-Saints Hospital, Birmingham, og to psykiatriske institusjoner i Lahore og et spesialskjema for den aktuelle tilstand. Konklusjonen for undersøkelsen viser at det er store forskjeller mellom gruppene. Pakistanere bosatt i Pakistan forklarer sine schizofreni symptomer med kulturell og religiøs preg.

Denne konklusjonen viser at befolkning i Pakistan som ikke har tilknytning til vestlige verden, forklarer sine plager og symptomer med religion og kultur enn de som er bosatt i vesten. Vi tenker at det skyldes en begrensning i utdannelsesnivå og sosial tilhørighet.

Når det gjelder de norske forholdene, så er det flere som tar høyere utdanning, dermed er flere bevisst på psykiske lidelser, og har større kunnskap om disse plagene.

### **Kosthold og sosio økonomisk klasse:**

En artikkel utgitt av Gustavson KH, (17) viser sammenhengen mellom lav sosio-økonomisk klasse og økt forekomst av mental retardasjon, blant pakistanske barn født i Pakistan. Dette diskuterer forfatterene mye i artikkelen, og kommer frem til at lav sosial klasse har en sammenheng med lav økonomisk klasse. Dette er en årsak til fattigdom, og sannsynligvis en årsak til dårlig kosthold. Som kjent så er kosthold et viktig del av ernæring hos en gravid kvinne og fosteret. For dårlig kvalitet på ernæringen medfører for lite ernæring hos fosteret. Dette skaper fødselskomplikasjoner og nevnes som en årsak til mental retardasjon hos det nyfødte barnet. Om vi sammenligner resultatene så ser vi at hos gruppen med høyere utdanning, altså høyere sosio-økonomisk klasse, så er det lavere forekomst av psykiske og mentale problemer hos barna. Dette kan diskuteres frem til at kvinner i denne gruppen har større og bredere kunnskap om kosthold og ernæring, sammenlignet med de med lavere utdanning.

Vi mener genetiske årsaker har en viss betydning for utvikling av psykiske lidelser i ung alder. Akkurat som når man er disponert for hjerte-kar sykdommer, kan man være disponert for genetiske tilstander, ( 22 ). Artikkelen viser jo en viss sammenheng med dårlig kosthold og samtidig en disposisjon for utvikling av psykisk lidelse.

Tilbake til den sosio-økonomiske klasseforskjellen.

Diskusjon for en ujevn økonomisk forskjell kan ses i sammenheng med foreldrenes utdannelsesnivå og arbeidssituasjon. Oslo vest har høyere utdannelsesnivå enn resten av Oslo, og dermed høyere økonomi. Familiestrukturen er også annerledes mellom Oslo øst og Oslo vest.

Nylig har en doktoravhandling av Lars Lien vist sammenheng mellom biologiske faktorerers betydning for ungdoms psykisk helse. Han har i sine studier av ungdommenes helse funnet sammenheng mellom brusdriking, muskel skjelettplager, akutte infeksjoner, tidlig pubertets utvikling hos jenter og ulike psykiske plager. ( 27 )

## **KONKLUSJON:**

Ut i fra diskusjonen og artikkelene vi har lest, og gjennom HUBRO undersøkelsen, så synes vi det fortsatt foreligger for lite studier og informasjon omkring psykiske lidelser blant norsk-pakistanske barn i Norge. I årene fremover vil det være økt behov for forståelse av slike tilstander blant denne delen av befolkningen.

Studier viser allikevel en klar sammenheng mellom økt depresjon, tvangstanker og angst blant pakistanske barn i England. Disse barna presenterer seg ofte med somatiske tilstander, men har i bakgrunn en psykisk lidelse.

HUBRO viser også at det er økt forekomst av depresjon blant ungdommer av ikke-vestlige foreldre på Oslos østkant, sammenlignet med Oslo-Vest. Ut i fra tall fra SSB, så er det flere familier som bor på østkanten av ikke europeisk opprinnelse; så sosio-økonomiske tilhørighet har en del å si ut ifra studiene.

Om vi trekker en sammenligning mellom HUBRO og internasjonale studier publisert i Pubmed, Cochrane library og PsychInfo, om de samme emnene, så er det et fellestrekk vi ser. Nemlig, at barn som er født og oppvokst med to kulturer har økt tendens til å oppleve angst, tvangstanker og depresjon. Oppedals avhandling ( 25 ) viser at flere gutter med minoritets bakgrunn har økt forekomst av psykiske plager enn etniske norske gutter. Hennes konklusjon er det samme som vi får av HUBRO ( 3 ).

Samtidig tenker vi at det vil være økt behov for personell med minoritetsbakgrunn i både det norske helsevesenet og skolesystemet. Dette gir barn i oppvekst gode rollefigurer å forholde seg til, samtidig som man allerede på et tidlig tidspunkt kan gripe inn i utagerende atferd, og andre psykiske lidelser.

## **KILDER:**

1. Dalgard OS, Sørensen T. Sosialt nettverk og psykisk helse. Oslo; TANO, 1988.
2. Alv A.Dahl, Leo Eitinger, Ulrik Fr.Malt, Nils Retterstøl. Lærebok i psykiatri, Gyldendahl forlag, 2001.
3. HUBRO undersøkelsen, i regi av Nasjonal folkehelse institutt, Oslo kommune. 2002.
4. SCL-25, Hopkins Symptom Check List.
5. Statistisk sentral byrå.
6. Karlsen S, Nazroo JY, McKenize K, Bhui K, Weich S. Department of Epidemiology and Public Health, University College London, UK. "Racism, psychosis and common mental disorder among ethnic minority groups in England." Psychol Med. 2005 Des;35 ( 12 ): 1795-803.
7. Hussain N, Creed F, Tomenson B. Institute of Psychiatry, Rawalpindi General Hospital, Pakistan." Depression and social stress in Pakistan ", Psychol Med, 2000 March; 30 ( 2 ): 395-402.
8. Hussain N, Creed F, Tomenson B. School of psychiatry and behavioural science, Manchester Royal Infirmary. "Adverse social circumstances and depression in people of Pakistani origin in the UK". Br j psychiatry. 1997 Nov, 171.434-8
9. Weich S, Nazroo J, Sproston K, McManus S, Blanchard M, Erens B, Karlsen S, King M, Lloyd K, Stansfeld S, Tyrer P. "Common mental disorders and ethnicity in England: The EMPIRIC study". Psychol Med. 2004 Nov; 34 ( 8 ): 1543-51.

10. Br J Psychiatry. 1979 Feb;134-201-10.
  
11. Mujtaba T, Furnham A. Int J Soc Psychiatry. “ A cross-cultural study of parental conflict and eating disorders in a non-clinical sample. 2001 Spring; 47(1):24-35.
  
12. Furnham A, Adam-Saib S. Department of Psychology, University College London, UK. “Abnormal eating attitudes and behaviour and perceived parental control: a study of white british and british-asian school girls.” Soc: Psychiatry Epidemiol. 2001 Sep; 36 ( 9 ): 462-70.
  
13. Farooqi YN. University of California, Santa Barbara, USA. “Comparative study of suicide potential among Pakistani and American psychiatric patients.” Pub Med, 2004 Jan; 28 (1):19-46.
  
14. Sonuga-Barke EJ, Mistry M, Department of Psychology, University of Southampton, UK. “ The effect of extended family living on the mental health of three generations within two Asian communities.” Pub Med, 2000 Jun;39(Pt2):129-41.
  
15. Shah Q, Sonuga-Barke E, Department of Psychology, University of Southampton, UK. “ Family structure and mental health of Pakistani Muslim mothers and their children living in Britain.” Br J Clin Psychol. 1995 Feb;34 ( Pt 1 ):79-81.
  
16. Suhail K, Cochrane R. Dept of Psychology, Govt college Lahore, Pakistan. “Effect of culture and environment on the phenomenology of delusjons and hallucinations”. Int J soc Psychiatry. 2002 Jun ; 46 (2) : 126-38
  
17. Gustavson KH. Departement of clinical Genetics, Rudbeck Laboratory, University Hospital, Uppsala Sweden. Karl-henrik. “Prevalence and aetiology of congenital birth defects, infant mortality and mental retaradation in Lahore, Pakistan : a prospective cohort study.

18. Khoker S, Khan MM. Department of psychiatry, Aga Khan University, Karachi, Pakistan. “ Suicidal ideation in Pakistani college students”. *Crisis*.2005 ; 26 (3): 125-7
  
19. Javeed MA. Department of psychiatry, Federal postgraduate medical Institute, Sheikh Zayed Hospital, Lahore. “Suicidal symptoms in depressed Pakistani patients”. *J Pak med assoc*. 1996 Apr ; 46 (4):69-70
  
20. Khan M, Islam S, Kundi AK. Department of psychiatry, Aga Khan University Hospital, Karachi, Pakistan. ” Parasuicide in Pakistan: experience at a university hospital”. *Acta Psychiatr Scand*. 1996 Apr,93 (4): 264-7
  
21. Farooqi YN. University of California, Santa Barbara, California, USA. “ Comparative study of suicide potential among Pakistani and American psychiatric patients”. *Death Stud*. 2004 Jan; 28 (1); 19-46.
  
22. Ahmed W, Noci S, Ul Haque MF, Sarno T, Aridon P, Ahmad NM, Amin-Du-Din M, Rafiq MA, Ul Haque S, De Fusaco M, Ballabio A, Franco B, Casari G. Telethon institute of Genetics and Medicine, Milan , Italy. “ Linkage mapping of a non-specific form of X-linked mental retardation (MRX53) in a large Pakistani family”. *Am J Med Genet*. 2001 Apr 15;100 (1) : 62-5
  
23. Cinnirella M, Loewenthal KM, Department of Psychology, Royal Holloway, University of London, Egham, Surrey, UK. “Religious and ethnic group influences on beliefs about mental illness: a qualitative interview study. *Br J Med Psychol*, Pub Med, 1999 Dec;72 ( Pt 4 ):505-24.
  
24. Cochrane R, Stopes-Roe M. “ Social class and psychological disorder in natives and immigrants to Britain.” *Int J Soc Psychiatry*.1981 Autumn, 27 (3): 173-83.
  
25. Brit Oppedal, doktorgrads oppgave; “Adolescent mental health in multi-cultural context – A critical view on the concept and measurement of social support in research on adolescent mental health”, 13.feb.2004.

26. David Lackland Sam, doktorgrads oppgave; "Acculturation of young immigrants in Norway: A psychological and socio-cultural adaptaion." 13.jan 1995.
27. Lars Lien, cand.med, doktorgrads oppgave; " Mental health problems and youth-related biological factors" 20.juni-2006